12

Extrait des **Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique**, janvier 1895.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE PENDANT L'ANNÉE 1894

Par **A. Pinard**
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté.



Fidèle à mes engagements, je veux aujourd'hui vous exposer les résultats que nous avons obtenus à la Clinique Baudelocque, du 7 décembre 1893 au 7 décembre 1894, après avoir suivi et appliqué rigoureusement les préceptes que je vous demande la permission de rappeler :

1° *Abandon de l'accouchement prématuré artificiel ;*

2° *Abandon de toute application de forceps et de toute opération impliquant la lutte de la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin (que cette résistance siège au détroit supérieur, dans l'excavation ou au détroit inférieur) ;*

3° *Abandon absolu de l'embryotomie sur l'enfant vivant ;*

4° *Agrandissement momentané du bassin (par symphyséotomie, pubiotomie, ischio-pubiotomie, coccygotomie) dans tous les cas où il y a résistance osseuse non vaincue par les contractions, la tête étant bien orientée et où le calcul me démontre que la section du bassin et un écartement ne dépassant pas 7 centimètres permettront le passage d'une tête de fœtus à terme ;*

5° *Opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique (opération de Porro) dans les cas d'étroitesse absolue.*

Ayant ainsi pour guide ces idées directrices, 22 agrandissements momentanés du bassin par symphyséotomie ont été pratiqués du 7 décembre 1893 au 7 décembre 1894 :

5 par le Dr Varnier, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux ;

6 par le Dr Wallich, chef de clinique ;

2 par le Dr Bouffe de Saint-Blaise, chef de laboratoire ;

9 par moi.

Je vais vous donner le résumé de ces 22 observations dont les onze premières ont déjà été publiées dans mon rapport, lu au Congrès international des sciences médicales tenu à Rome du 25 mars au 5 avril 1894 (1).

Obs. **571**. — XXXVIIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 10 avril 1894 (Pinard).

La nommée Eulalie R..., âgée de 28 ans, primipare, entre à la Clinique le 10 avril 1894 à midi. Cette femme a marché à 11 mois et est à terme. Par le palper, on constate une présentation de la face. Par le toucher, on trouve le nez au centre de l'excavation, les narines regardent en arrière et à droite. Col en voie d'effacement, engagement non effectué. Poche des eaux rompue aussitôt après l'arrivée de cette femme à la salle. A l'auscultation, on trouve le foyer en avant et au-dessous de l'ombilic.

A une heure du soir, le col est complètement effacé. Dilatation comme 50 centimes. A 3 heures, Mlle Roze touche cette femme et trouve le front au centre de l'excavation. Le bassin est vicié et mesure 103 de diamètre promonto-sous-pubien. Faux promontoire sacré, 99mm.

A 8 heures et demie du soir, la dilatation est d'un peu plus de 5 centimètres. Application dans le vagin du ballon Champetier, distendu à son maximum.

9 h. 30. Extraction du ballon sous le chloroforme, la dilatation n'a fait aucun progrès, bruits du cœur fœtal normaux.

(1) Voir in *Annales de gynécologie*, mai-juin 1894, et *De l'agrandissement momentané du bassin*. G. Steinheil, Paris, 1894.

A 10 h. 49. Chloroforme. Section de la peau. 11 heures, section de la symphyse terminée à 11 h. 5.

11 h. 6. Écartement provoqué à l'aide de l'écarteur à vis, 6 centim. On remplace cet écarteur par l'écarteur à ressort qui marque 4 centim.

11 h. 17. Introduction de la branche droite du forceps. 11 h. 18, branche gauche. La tête est saisie régulièrement par les régions pariéto-malaires. Le placement des cuillers suffit à provoquer la rotation de la tête et le menton tourne en avant.

Les tractions sont presque nulles et la tête est expulsée à 11 h. 20. Poids de l'enfant, 2,870 gr.

11 h. 40. Extraction simple du placenta, injection intra-utérine. Suture et pansement.

Suites de couches normales. Se lève le vingt-sixième jour. Part en bon état le 25 mai. L'enfant pèse alors 3,160 gr.

Obs. **584**. — XXXIXe *Symphyséotomie*, pratiquée le 12 avril 1894 (Pinard).

La nommée Maria B..., âgée de 17 ans, primipare, a le squelette déformé par le rachitisme. Taille : 1 m. 48.

Entre au dortoir le 23 février. Est enceinte de 7 mois et demi.

En l'examinant, on constate que le fœtus se présente par *le siège* complet. Le dos est à gauche. Le bassin est vicié, canaliculé. Diamètre promonto-sous-pubien : 90^{mm}.

Mi sacro-sous-pubien, 89^{mm}.

Au-dessous, 95^{mm}.

Le 11 avril à midi, début du travail. A 10 h. 30 du soir, dilatation de 1 franc La poche des eaux bombe et renferme à ce moment un paquet de cordon animé de battements. Auscultation fœtale, 126 pulsations.

Ralentissement brusque. Plaçant la femme dans la position génu-pectorale, on pratique le toucher et l'on constate que les battements au niveau du cordon sont normaux.

A 11 h. 30. Dilatation de 2 francs. A minuit on introduit un ballon Champetier dans l'utérus, on le gonfle lentement sans produire de rupture des membranes. Auscultation fœtale : 124 pulsations. Les douleurs sont peu intenses. La dilatation ne fait aucun progrès.

12 avril. A 7 h. 10 matin, on retire du ballon 100 gr. de liquide. 7 h. 50, dilatation de 5 francs. 8 h. 50, le ballon tombe dans le

vagin. La dilatation est grande comme une paume de main. On retrouve dans la poche d'eau une main et un paquet de cordon. On introduit de nouveau le ballon gonflé à son maximum et l'on commence la symphyséotomie.

A 10 h. 18, incision de la peau. Section de la symphyse. Écartement provoqué, 7 centim., avec écarteur à vis. Puis celui-ci est remplacé par l'écarteur à ressort.

10 h. 30. Extraction du ballon Champetier. La dilatation est comme une paume de main. Pendant l'extraction lente du ballon afin de dilater l'orifice, le ballon éclate. A ce moment les bruits du cœur du fœtus sont ralentis.

10 h. 34. Rupture artificielle des membranes. Liquide vert. Introduction d'une main dans l'utérus et abaissement d'un pied (le gauche).

10 h. 40. Le siège s'engage. Extraction du siège. Écartement, 45mm.

10 h. 41. Le tronc est dehors ainsi que les bras. Engagement de la tête qui descend par les tractions seules au moment où l'on se disposait à exercer les pressions externes. Écartement, 55mm. Pendant les tractions, on voit les bords de l'orifice utérin resserrés sur le cou du fœtus.

10 h. 45. Écartement, 7 centim. La tête est engagée en G. T.

10 h. 46. La bouche est à la commissure postérieure de la vulve.

10 h. 48. Extraction de la tête. L'enfant naît avec des battements faibles. Tractions sur la langue. Pendant une minute pas d'inspiration ; désobstruction des voies respiratoires avec le tube de Ribemont. Insufflation. Battements du cœur accélérés : 146 par minute. On retire le tube. 1re inspiration à 10 h. 57.

2 en une minute. Frictions. Une autre inspiration ; 2 successives en 20 secondes ; 15 secondes, 1 ; 12 secondes, 1 ; 7 en 30 secondes ; 2 successives ; 10 en 15 secondes. Mouvements vermiculaires du diaphragme.

Respiration régulière à 11 heures. 40 respirations par minute. Bain sinapisé. 11 h. 5, l'enfant se colore. Oxygène. 11 h. 10, l'enfant ouvre les yeux.

On place l'enfant dans une couveuse et on lui fait des inhalations continues d'oxygène. Dans l'après-midi l'enfant crie et va très bien.

Enfant sexe masculin, 3,320 gr.

Bipariétal, 99^{mm}.

Suites de couches normales. Femme partie en bon état le 26 mai. L'enfant à la sortie pèse 4,300 gr.

Obs. **609**. — XLe *Symphyséotomie*, pratiquée le 17 avril (Wallich).

La nommée Clara L..., primipare, entre à la Clinique Baudelocque le 26 février 1894. Elle a le squelette déformé par le rachitisme. A marché à 4 ans ; on constate une légère incurvation des tibias, pas de parenthèse fémorale.

Le bassin est vicié, *canaliculé*. Le diamètre P. S. P. mesure 108^{mm}. Faux promontoire sacré. Présentation du siège en gauche transversale. Version par manœuvres externes.

Cette femme est placée au dortoir, où elle est gardée en observation.

Le 17 avril, à 4 heures du matin, premières douleurs, qui deviennent assez fortes vers 9 heures du matin. *Cette femme ne fait pas prévenir qu'elle souffre*. A midi, Mlle Roze allant au dortoir examine cette femme et trouve une dilatation complète. La femme est aussitôt transportée à la salle de travail ; le sommet se présente en droite transversale. Rupture artificielle des membranes. *Liquide vert*. Bruits du cœur à 120.

Midi 20. Battements à 148. Les pulsations deviennent bientôt irrégulières. Le chef de clinique appelé en hâte s'empresse de terminer l'accouchement.

1 h. 20 du soir, chloroforme. — 1 h. 25. Lavage au biiodure et à l'éther. — 1 h. 28. Incision de la peau sur la ligne médiane. — 1 h. 32. Section de la symphyse pubienne, terminée à 1 h. 45.

Pendant que la section s'achève, on n'entend plus les bruits du cœur. Écartement artificiel, 6 centim. A 1 h. 49, introduction de la première branche du forceps. — 1 h. 50, deuxième branche. Tractions. Écartement, 4 cent., rotation non faite ; rotation faite 45^{mm}. La tête est saisie régulièrement par les régions pariéto-malaires. — 1 h. 57. Tête à l'orifice vulvaire, dégagée à 1 h. 58. *Fœtus extrait à 1 h. 59, sans battements* ; il ne peut être ranimé. Sexe masculin. Poids, 2,950 gr. Diamètre bi-pariétal, 93^{mm}. — 2 h. 5. Sutures : 5 superficielles, 2 profondes au fil d'argent. Pansement iodoformé. Les sutures sont pratiquées avant la délivrance.

La femme se lève le 8 mai et marche bien ; partie en bon état le 25 mai.

Obs. 738. — XLIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 8 mai 1894 (Wallich).

La nommée Berthe G..., IIpare, âgée de 35 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 1er mai 1894. Cette femme dit avoir marché à 3 ans seulement et toujours bien marché.

Première grossesse à 27 ans, accouchement à terme terminé par une céphalotripsie. Deuxième grossesse à 29 ans, accouchement à terme terminé également par une céphalotripsie.

Pour la grossesse actuelle, ses dernières règles datent du 3 au 7 août. Présentation du sommet en G.T. Bassin vicié. Diamètre P. S. P. 95^{mm}. Début du travail le 8 mai à 5 heures du matin. A 1 heure, la dilatation est comme une paume de main, et à 1 h. 30, elle est complète. On prévient M. Wallich qui constate que la suture sagittale se trouve derrière la symphyse; la tête non engagée est très inclinée sur son pariétal postérieur. Il pratique la symphyséotomie. Anesthésie. Section de la peau et de la symphyse terminée à 2 heures. Pose de l'écarteur à vis, écartement provoqué de 65^{mm}.

A 2 h. 2, on remplace le premier écarteur par l'écarteur sensible. A 2 h. 3, introduction de la branche gauche du forceps. Écartement de 5 centim. A 2 h. 5, deuxième branche. — 2 h. 6. Tractions. On sent un soubresaut et la tête tombe dans l'excavation.

Rotation faite, écartement de 35^{mm}, on rapproche les cuisses. A 2 h. 15, extraction de la tête. — 2 h. 8. Naissance d'un garçon du poids de 3,340 gr .qui crie de suite.

De 2 h. 10 à 2 h. 25, trois points de suture au fil d'argent et 7 superficiels. — 2 h. 30. Extraction simple du placenta. Injection intra-utérine, pansement.

Cette femme se lève le 29 mai et marche bien. Elle part en bon état le 3 juin. Poids de l'enfant 3,600 gr.

Obs. 809. — XLIIe *Symphyséotomie*, pratiquée pour la deuxième fois, le 19 mai 1874 (Pinard).

La nommée Fernande R..., âgée de 28 ans, journalière, entre à la salle de travail le 19 mai 1894, à 9 heures et demie du soir,

ayant des douleurs très fréquentes. Dernières règles du 12 au 20 août.

Cette femme présente de nombreuses traces de rachitisme : parenthèse fémorale accusée. Elle est Vpare.

Premier accouchement à terme en 1886. Embryotomie à la clinique de la rue d'Assas.

Deuxième accouchement provoqué et prématuré à huit mois en 1889, à Lariboisière ; fille morte quelques heures après l'accouchement. (Version, 6 janvier 1889.)

Troisième accouchement provoqué au huitième mois. Basiotripsie faite à Tenon par M. Wallich, le 9 novembre 1890.

Quatrième accouchement, provoqué et prématuré. Symphyséotomie à Baudelocque en 1892, au terme de huit mois. Enfant de 2,180 gr., mort deux jours après la naissance (2e symphyséotomie).

Diamètre promonto-sous-pubien, 98mm. L'engagement n'est pas effectué.

Par le palper, on trouve la tête en bas, élevée, le dos à gauche, bruits du cœur normaux. Au toucher on sent une poche d'eau assez volumineuse qui remplit en partie le vagin. La dilatation est de plus de 5 francs ; bords dilatables.

M. Pinard pratique la symphyséotomie. A 11 h. 5 soir, incision de la peau. — 11 h. 9. Section de la symphyse. — 11 h. 29. Écartement spontané de 1 centim. Écartement provoqué de 4 centim. et demi. Bruits du cœur fœtal un peu modifiés à 11 h. 32. Application du forceps en G. T. Introduction de la première branche à 11 h. 41, aussitôt après la rupture des membranes. A 11 h. 43, deuxième branche. Écartement de 4 centim. pendant la descente de la tête.

Extraction à 11 h. 45 d'un garçon vivant pesant 2,810 gr. Délivrance quinze minutes après. Suture par trois points profonds et quatre superficiels.

Suites de couches normales.

Le 9 juin. Plaie parfaite, la malade se lève et marche avec la plus grande facilité. L'enfant pèse à sa sortie 3,460 gr.

Obs. **901.** — XLIIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 5 juin 1894 (Varnier).

La nommée Hortense T..., secondipare, âgée de 30 ans, amenée à la Clinique Baudelocque le 5 juin 1894. Cette femme dit avoir

marché à 2 ans, toujours bien depuis. Aucune déformation apparente du squelette. Elle ne se souvient pas de la date de ses dernières règles.

Première grossesse en 1892. Accouchement à terme, basiotripsie par M. Pinard.

A son arrivée, on constate que cette femme est à terme. Présentation du sommet, droite transversale, engagement non effectué. Bassin canaliculé. Diamètre promonto-sous-pubien, 104mm. On constate que l'orifice est dilaté comme une paume de main avec des bords œdématiés surtout à droite. Les contractions utérines sont régulières et énergiques. Après avoir chloroformé la femme, M. Bouffe pratique le toucher manuel et trouve une bosse séro-sanguine énorme et l'oreille à 2 centim. au-dessus du promontoire. Le liquide amniotique qui s'écoule est vert et épais. La température axillaire est de 38°,4. Pouls 106.

M. Varnier, qui s'est gardé de faire le toucher vaginal, pratique la symphyséotomie. A 11 h. 40, section de la peau. A 11 h. 45, section de la symphyse. A 11 h. 50, on pratique l'écartement provoqué. Au moment où l'aiguille de l'enregistreur marque 4 centimètres et demi, la tête parait à la vulve. Application de forceps par M. Bouffe. Écartement de 5 centim. A 11 h. 55, extraction de la tête, procubitus de la main et du cordon qui était en sautoir. A 11 h. 56, extraction complète d'un fœtus du sexe féminin du poids de 3,580 gr. qui naît étonné, mais est vite ranimé par frictions et désobstruction des voies respiratoires. Diamètre B. P., 96 ; B. T., 85 ; G. C., 34 ; P. C., 32.

A midi, délivrance artificielle pratiquée par M. Bouffe. Injection intra-utérine.

A midi 10, suture de la plaie au fil d'argent par M. Varnier.

Suites de couches physiologiques. Réunion par première intention. Cette femme se lève le 20 juin, marche bien et sort en bon état le 1er juillet. L'enfant pèse 4,220 gr.

Obs. **902**. — XLIVe *Symphyséotomie*, pratiquée le 5 juin 1894 (Bouffe de Saint-Blaise).

La nommée Jeanne L..., secondipare, âgée de 27 ans, arrive à la salle de travail le 5 juin, à 9 heures du matin. *Cette femme a subi en ville quatre applications de forceps.* Elle a marché à quinze

mois, a eu en 1892 un accouchement terminé par une application de forceps. Enfant vivant.

La grossesse est à terme, l'utérus s'élève à 36 centim. Cette femme à son arrivée paraît très fatiguée, les traits sont tirés, le teint plombé et tout le corps d'une saleté révoltante. Température, 38°,5. Fétidité extraordinaire. Liquide vert purée.

On constate que le fœtus est vivant, qu'il se présente par le sommet en G. T. Le bassin est vicié. La dilatation est complète, la tête au détroit supérieur en obliquité postérieure. M. Bouffe pratique la symphyséotomie.

Midi 40. Section de la peau. Midi 45. Section de la symphyse, on place l'écarteur à vis en provoquant un écartement de 6 centim.; la tête descend et apparaît à la vulve. On place alors l'écarteur sensible qui accuse un écartement de 3 centim. A midi 50, application de forceps au détroit inférieur par M. Varnier. A midi 52, extraction du fœtus qui naît en état de mort apparente. Poids 3,590 gr.

Frictions et tractions rythmées de la langue ; l'enfant jette le premier cri à midi 57. Délivrance artificielle et injection intra-utérine par M. Varnier. A 1 h. 10, sutures par M. Bouffe : trois superficielles et trois profondes. Pansement.

Le 6 juin, lendemain de l'accouchement : Vomissements alimentaires ayant une odeur aigre, ballonnement du ventre excessif. Pouls irrégulier, 160 pulsations.

On retire le pansement vaginal qui répand une odeur infecte. Injection intra-utérine et curettage par M. Lepage à 6 heures du soir; les débris retirés répandent une odeur extrêmement fétide.

A 8 heures et demie du soir, la température est de 39°,5. Le pouls à 160.

Le 7. Insomnie, vomissements. Température à 8 heures matin, 38°; 180 pulsations, respirations fréquentes, sueurs froides.

Laparotomie par M. Segond, à 11 heures et demie, qui montre l'existence d'une infiltration gazeuse de tous les tissus.

La femme meurt à 1 heure du soir.

L'enfant part en nourrice le 9 juin, pesant 3,350 gr.

L'autopsie montra que la femme avait succombé à la septicémie généralisée d'origine utérine.

Obs. 979. — XLVe *Symphyséotomie*, pratiquée le 20 juin 1894 (Bouffe de Saint-Blaise).

La nommée Marie V..., primipare, entre à la Clinique Baudelocque le 24 mai 1894. Elle a marché à 9 mois, toujours bien depuis. Elle ne présente aucune déformation apparente du squelette. Les dernières règles datent du 12 au 15 août. A son entrée dans la salle de travail le 20 juin 1894, on constate que l'utérus remonte à 36 centim. au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

Présentation du siège en droite transversale ; pas d'engagement de la partie fœtale.

Le diamètre P. S. P. mesure 99mm.

Début du travail, le 20 juin, à 9 heures du matin.

Rupture des membranes à 4 heures du matin, le 20 juin 1894.

A 3 h. 30 du soir, la dilatation est complète. On introduit un ballon Champetier dans le vagin.

A 4 h. 15, le ballon crève. A 4 h. 20, on remet un second ballon qu'on distend progressivement au maximum. A 4 h. 30, on retire le ballon. Cathétérisme vésical. Anesthésie chloroformique. Symphyséotomie par M. Bouffe. Écartement spontané de 2 centim.; écartement provoqué de 6 centim. On remplace l'écarteur à vis par l'écarteur sensible. Écartement, 4 centim.

A 4 h. 40, M. Bouffe abaisse le pied droit.

A 4 h. 42, extraction du tronc. Au moment du dégagement des épaules, l'écartement est de 45mm. Extraction de la tête. Enfant vivant du poids de 2,590 gr., insufflé pendant quelques minutes. Diamètre bi-pariétal, 90mm; diamètre bi-temporal, 80mm; grande circonférence, 31 centim.; petite circonférence, 30 centim.

Suites de couches légèrement pyrétiques. La femme se lève pour la première fois le 1er juillet et marche bien.

L'enfant pèse à sa sortie 2,530 gr. le 16 juillet.

Obs. 1088. — XLVIe *Symphyséotomie* pratiquée le 8 juillet (Wallich).

La nommée Marie L..., primipare, arrive à la salle de travail le 8 juillet 94; elle a marché à 18 mois. Ses dernières règles datent du 12 au 16 septembre 1893. En pratiquant le palper, on constate que la tête est bien fixée au niveau du détroit supérieur, le dos est à gauche. La dilatation est comme une grande paume de main avec bords de l'orifice épais. Les membranes sont rompues, il

s'écoule un liquide vert et épais. Malgré une bosse séro-sanguine considérable, Mlle Roze constate que la suture sagittale est à 5 centim. 6 du bord inférieur de la symphyse. On peut placer trois doigts de champ entre le plancher osseux et la partie la plus déclive de la tête. A 6 h. et demie on place un ballon Champetier dans le vagin ; il est extrait avec facilité. Les contractions ayant été très fréquentes toute l'après-midi sans amener la moindre progression de la tête et sans faire avancer la dilatation, il est décidé de pratiquer la symphyséotomie et de laisser la dilatation se compléter après. Anesthésie.

A 7 h. 20, incision de la peau. Section de la symphyse. — 7 h. 27, écartement provoqué avec l'écarteur à cadran : 6 centim. On constate alors une descente notable de la tête. M. Wallich place une suture provisoire de la plaie. L'écarteur sensible marque 4 centim. On laisse la femme se réveiller et l'on attend deux heures.

A 9 h. un quart, les contractions, qui ont été fréquentes mais moins énergiques qu'avant l'opération, ont permis à la dilatation d'augmenter sinon de se compléter. A 9 h. et demie l'orifice est assez dilatable pour que Mlle Roze puisse faire une application de forceps dans l'excavation sur la tête placée en gauche transversale. La rotation et l'extraction se font facilement ; l'enfant crie aussitôt. Il s'écoule ensuite un liquide très fétide.

Délivrance artificielle. Toutes les manœuvres utérines ont été faites par Mlle Roze pendant que M. Wallich s'occupait de la plaie opératoire

Poids de l'enfant, 3,120 gr.

Suites de couches normales. L'enfant pèse à sa sortie, le 5 août, 4,200 grammes.

Obs. **1490**. — XLVIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 13 septembre 1894 (Wallich).

La nommée Augustine A..., primipare, âgée de 22 ans, entre à la clinique le 11 septembre 1894, à 4 heures du soir. *Elle est envoyée par un médecin et une sage-femme de la banlieue qui lui ont donné des soins chez elle depuis le matin.*

Elle a une luxation coxo-fémorale droite congénitale et a commencé à marcher à 2 ans et demi.

Dernières règles le 10 décembre.

A son entrée, on constate une présentation du sommet en gauche

transversale, la tête maintenue très élevée débordant fortement du côté droit du grand bassin.

Les membranes sont rompues depuis le matin à 3 heures; le col est incomplètement effacé, les contractions sont assez fréquentes.

A 9 h. 30 du soir, le col est effacé; la dilatation grande comme 50 centimes. *Température 38°,5.*

Le 12 septembre, à 10 heures du matin, la dilatation est grande comme une pièce de 2 francs. Le col est souple pendant les contractions, assez rares; la tête appuie mal sur le col. Il s'est déjà formé une bosse séro-sanguine volumineuse qui empêche d'observer la suture sagittale. Les battements du cœur fœtal sont bons. Le bassin est très asymétrique, atrophié du côté droit (côté de la luxation), très aplati du côté gauche.

Diamètre P. S. P. 102 (pr.-p. 86^{mm}, à l'autopsie).

A 5 heures du soir, température 38°,5, pouls à 100. Dilatation comme une pièce de 5 francs. Contractions utérines très espacées. Battements du cœur du fœtus normaux. Il est décidé d'attendre.

Pendant la nuit, contractions rares.

13 septembre matin, température normale, pouls idem. La dilatation n'a pas fait de progrès. Contractions rares pendant toute la journée.

5 heures du soir, température 38°,1, 100 pulsations. Toujours la même dilatation. M. Varnier décide de faire la symphyséotomie afin d'aider à la dilatation.

A 6 heures, chloroforme. M. Varnier pratique le toucher manuel et constate que la dilatation est un peu plus grande que 5 francs. Bords rigides pendant la contraction. Tête très élevée, appuyant mal, retenue par le bassin. En introduisant les doigts, pour explorer le segment inférieur, la tête se soulève un peu et il sort une purée infecte à odeur de putréfaction fœtale. Jusque-là on n'avait rien senti et rien ne s'écoulait.

Il est décidé qu'il y aura deux opérateurs, l'un pour la symphyséotomie, l'autre pour les manœuvres utérines afin de ne pas transporter dans la plaie symphysienne l'infection manifeste du vagin et de l'utérus.

A 6 h. 25 du soir, M. Wallich, qui n'a pas touché la femme, pratique la symphyséotomie et provoque un écartement de 5 centim. Aussitôt la tête s'amorce et appuie mieux sur le col. On ne peut songer à terminer l'accouchement vu l'insuffisance de la dilatation

et l'absence de dilatabilité de l'orifice. Deux points de suture provisoire ferment la plaie qui contient une éponge aseptique et l'écarteur sensible qui marque 3 centimètres et demi. Toilette vaginale et l'on attend les contractions. La femme est réveillée et maintenue en position obstétricale par deux aides. Les bruits du cœur fœtal sont normaux.

8 heures et demie du soir. La femme dort épuisée. La dilatation n'a fait aucun progrès ; même résistance des bords de l'orifice. Contractions nulles. Bruits du cœur normaux.

Minuit. Toujours pas de contractions. Même dilatation. Œdème de la vulve et du périnée. Température, 37°,2. Pouls 88. On place l'écarteur Tarnier.

14 septembre, 1 h. 15 du matin. Même état. On retire l'écarteur Tarnier. Il est décidé de laisser la femme prendre un peu de repos. On retire également l'écarteur symphysien. On allonge les jambes et on les rapproche. On place un troisième point de suture provisoire. La femme s'endort. Aucune contraction utérine.

A 6 heures du matin, la dilatation n'est pas plus grande qu'une petite paume de main, *mais les bords sont dilatables*. M. Varnier applique le forceps. La branche gauche est placée la première en arrière; la branche droite est introduite sans difficulté et ramenée en avant. On enlève les points de suture provisoires et on place entre les pubis l'écarteur sensible qui marque 4 centim. On commence l'extraction qui est gênée par le col incomplètement dilaté, mais qui se dilate peu à peu sous l'influence des tractions. La tête franchit l'orifice. On rapproche les cuisses et on presse sur les trochanters. La tête est extraite, puis les épaules sans difficultés trop grandes, sans déchirure périnéale. L'écarteur n'a pas marqué plus de 4 centim. *Aucune communication entre la plaie symphysienne et le vagin.*

Aussitôt après, injection vaginale, puis délivrance artificielle par M. Varnier. Injection intra-utérine et raclage digital de la cavité utérine. Ce raclage est continué avec la curette promenée doucement pendant l'injection intra-utérine. Tamponnement utérin à la gaze iodoformée. Deux points de suture profonds et trois superficiels par M. Wallich.

Le troisième jour, température 38°,3. Injection intra-utérine.

Le 17. Curettage par M. Wallich. Temp. 38°,8 matin, le soir 39°,3.

Le 18. Irrigation continue. Temp., matin et soir, 39°,4.

Le 19 au matin, la température restant élevée, 40°,2, M. Varnier fait sauter les points de suture bien qu'extérieurement la plaie semble réunie et en bon état. Il s'écoule du pus de la plaie (environ un verre à Bordeaux). L'exploration digitale permet de trouver et d'extraire quelques caillots putrides. Injection dans la plaie. Drain. Pansement fait plusieurs fois par jour. Température, 40°.

M. Hartmann, chirurgien des hôpitaux, appelé en consultation par M. Varnier, examine la femme, constate un trajet de décollement du volume et de la longueur du doigt, mais nulle part de collection à drainer ; le débridement est suffisant. Injections au biiodure. Pansement humide. La température reste très élevée, la suppuration est abondante. L'écoulement vaginal infect.

La femme meurt le 23, à 5 heures du matin.

L'enfant a été extrait vivant. C'est une fille du poids de 3,170 gr., ayant un diamètre bi-pariétal de 92. Elle est nourrie au sein par une nourrice, emmenée par la famille le 1er octobre, pesant 3,350 gr.

L'autopsie a montré que la femme a succombé à la septicémie généralisée. — L'examen de la plaie opératoire n'a rien révélé de plus que ce qui avait été noté pendant la vie. Péritoine sain. La description de la pièce sera donnée ultérieurement, en même temps que celle du bassin spondylolisthésique.

Obs. **1505**. — XLVIIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 16 septembre 1894 (Varnier).

La nommée Marie L..., IXpare, âgée de 34 ans, entre à la salle de travail le 15 septembre, à neuf heures du soir.

Dilatation comme une pièce de 2 francs. Tête élevée : sommet D. T. ; membranes rompues depuis l'avant-veille ; liquide verdâtre ; bruits du cœur normaux. Bassin vicié D. P. S. P. 84 millim. Le premier accouchement, en 1883, s'est terminé par une céphalotripsie à la Maternité ; le deuxième accouchement par une céphalotripsie après forceps ; en 1885, accouchement provoqué à sept mois et une semaine, version et basiotripsie ; en 1886, accouchement provoqué à sept mois et demi ; version, enfant mort. *Trois avortements successifs*. En 1892, procidence du cordon, enfant mort, basiotripsie, délivrance artificielle. Poids de l'enfant sans substance cérébrale, 2,180 gr.

16 septembre à sept heures du matin, la dilatation est complète ;

bosse séro-sanguine volumineuse, pas d'engagement, obliquité de Nægele. A neuf heures du matin la tête n'a pas progressé. M. Varnier, prévenu, *pratique la symphyséotomie.*

10 heures 10. Chloroforme, cathétérisme vésical. — 10 heures 25. Incision de la peau. — 10 heures 30. Section de la symphyse terminée à 10 heures 35. On place l'écarteur à vis ; écartement artificiel, 65mm. Écarteur sensible, 55mm.

La tête descend à 10 heures 42 par expression. On engage la femme à pousser.

Expulsion du fœtus à 10 heures 45. Dégagement de la tête en transversale.

Garçon vivant, ranimé complètement à 11 heures, pesant 2,230 gr. et présentant sur le pariétal postérieur une eschare (promontoire) de la largeur d'une pièce de vingt sous, qui s'est détachée le 5e jour.

Délivrance artificielle à 10 heures 45 ; injection intra-utérine. Suture profonde et superficielle au fil d'argent.

Suites de couches normales. Partie en bon état, le 15 octobre. Enfant pesant 2,730 gr.

Il résulte de ces 22 observations :

1° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

13 fois chez des primipares ;
9 fois chez des multipares.

2° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

17 fois l'enfant se présentant par le sommet ;
2 fois — — par le siège ;
1 fois — — par l'épaule ;
1 fois — — par le sommet en variété frontale.
1 fois — — par la face.

3° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

20 fois sur des bassins viciés par le rachitisme ;
1 fois sur un bassin vicié par le rachitisme et par luxation coxo-fémorale unilatérale congénitale (obs. 1490, 47e symphyséotomie).
1 fois sur un bassin spondylolisthésique (27e symphyséotomie).

4° Que la symphyséotomie a été pratiquée *pour la*

deuxième fois chez la même femme (obs. 809, 42e symphyséotomie).

Examinons maintenant les causes de mortalité maternelle et de mortalité infantile.

a) **Mortalité maternelle.**

La première femme, morte le 24 décembre 1893 (obs. 1840), était chez nous depuis le 15 novembre. Nous avions diagnostiqué chez elle un bassin vicié par spondylolisthésis. L'opération fut aussi simple que possible, mais des symptômes d'obstruction intestinale se montrèrent le troisième jour et elle mourait le sixième. L'autopsie a montré la présence d'une mince bride fibreuse produisant une obstruction infranchissable au niveau de l'union de l'S iliaque et du rectum. La plaie était réunie par première intention.

La deuxième, morte le 7 juin 1894 (obs. 902), fut apportée de la ville après avoir subi quatre applications infructueuses de forceps. La température était de 38°,5 à son arrivée et il s'écoulait des organes génitaux un liquide infect. Morte de septicémie d'origine utérine quarante-huit heures après son entrée (1).

La troisième, morte le 23 septembre 1894 (obs. 1490), fut envoyée à la clinique par une sage-femme et un médecin qui lui avaient *donné des soins* pendant une journée. Elle avait à son arrivée les membranes rompues et avait subi de nombreux touchers au dehors. Le soir de son entrée elle avait 38°,5 de température et, avant son accouchement, le liquide amniotique était de couleur vert purée et d'odeur putride. L'opération ne produisit aucune lésion faisant communiquer le vagin avec la plaie opératoire pas plus que de lésion périnéale. Morte de septicémie avec suppuration de la plaie opératoire le 10e jour.

Donc, une mort par obstruction intestinale et deux morts par septicémie contractée avant l'arrivée dans le service.

---

(1) *Ann. de Gynécol.*, mai-juin 1894, p. 443.

b) **Mortalité infantile.**

L'enfant de la femme P... (obs. 53, 29e symphyséotomie) (1) né avec des battements du cœur, mais qui n'a pu être ranimé, présentait des fractures multiples des os du crâne, fractures produites par les applications de forceps faites en ville par un médecin, qui, au dire de la femme, exerça des tractions de minuit à deux heures du matin. Cause de la mort : fracture du crâne produite avant la symphyséotomie.

L'enfant de la femme Clara L... (obs. 609, 40e symphyséotomie) mourut pendant qu'on pratiquait la symphyséotomie. Cette femme n'avait point prévenu qu'elle fût en travail. Elle souffrait depuis quatre heures du matin sans avoir rien dit. Ce fut le hasard qui fit que la sage-femme en chef, allant au dortoir à midi, et constatant son état de souffrance l'examina et trouva une dilatation complète. Transportée immédiatement à la salle de travail, les membranes furent rompues. Le liquide ammiotique était vert et les battements du cœur irréguliers. Aussitôt on prépara cette femme pour pratiquer la symphyséotomie, mais, avant la section du bassin, les battements du cœur avaient cessé et malgré une extraction rapide et facile on ne put ranimer l'enfant. Cause de la mort : asphyxie par compression du cordon sans aucune lésion du crâne.

Vous ayant donné aussi succinctement que possible le résumé de ce nouveau contingent, je dois l'étudier en détail et rechercher :

1° *Quels accidents et complications se sont produits au moment de l'opération ou depuis ?*

2° *Quel est, à l'heure actuelle, l'état de santé de nos opérées ?*

3° *Ce que nous a appris cette troisième année d'apprentissage.*

La réponse à la première question est très simple et la voici : *Nous n'avons observé dans ces 22 nouvelles observations aucun accident ni aucune complication opératoires.*

---

(1) *Ann. de Gynéc.*, mai-juin 1894, p. 445.

La symphyse a été dans tous les cas rencontrée très facilement même chez la femme ayant une luxation de la hanche et un bassin asymétrique (47e symphyséotomie) et la section en a été pratiquée avec simplicité et sûreté.

Nous n'avons observé aucune hémorrhagie sérieuse.

Ces résultats, vous les observerez, vous les obtiendrez toujours en suivant à la lettre le manuel opératoire que nous devons à M. Farabeuf. Vous le trouverez décrit minutieusement dans mon rapport sur l'agrandissement momentané du bassin (1). Les lumineuses figures de notre maître montrent ce qu'on doit couper et comment on peut facilement et sûrement le couper.

Aussi suis-je à me demander encore quelle peut bien avoir été la source des hémorrhagies observées par certains opérateurs en pratiquant la symphyséotomie ; je suis tout disposé à croire qu'il y a eu dans ces cas bien plutôt une anomalie opératoire qu'une anomalie vasculaire.

Il en est de même des lésions des parties molles produites par l'extraction de l'enfant après symphyséotomie pratiquée chez des primipares, lésions qui sont la terreur de quelques accoucheurs. Nous avons agrandi le bassin, cette année, chez 13 primipares et nous n'avons observé aucune lésion sérieuse. Il est vrai que nous avons toujours dilaté préalablement le vagin et la vulve avec le ballon Champetier (manœuvre préopératoire que je ne saurais trop vous recommander) et que nous avons toujours pris la précaution, indiquée par Varnier, de faire refermer le bassin quand la tête est engagée.

Du reste, il est probable que les accoucheurs qui redoutent ces lésions ont une tournure d'esprit qui les porte à exagérer ce qu'ils observent et aussi ce qu'ont observé les autres, car j'ai appris dernièrement, en lisant un travail d'un de mes collègues, que j'avais eu chez mes opérées *trois déchirures du vagin !* Si celles qu'il a observées chez ses opérées étaient

---

(1) *Ann. de Gynécol.* mai-juin 1894, p. 431 et suiv.

semblables à celles des miennes, je suis tranquille sur leur sort. Il n'a pas eu de suture à pratiquer.

Si l'année dernière nous avions constaté chez une de nos opérées (obs. 26, n° 1656) une fistule vésico-vaginale et chez une autre (obs. 19, n° 410) une incontinence d'urine prolongée sans aucune lésion de l'appareil urinaire, cette année nous n'avons rien de semblable.

Quel est, à l'heure actuelle, l'état de nos opérées ?

Vous venez de les voir pour la plupart et vous avez pu vous rendre compte de leur état général aussi bien que de leur état local.

Toutes ont repris leur vie antérieure et dans les mêmes conditions.

Vous en avez vu plusieurs qui offrent un intérêt particulier. D'abord il en est deux qui après avoir été symphyséotomisées sont redevenues enceintes. L'une, le n° 10, opérée le 1er octobre 1892, eut une nouvelle grossesse et revint accoucher prématurément et spontanément le 3 octobre 1893 d'un enfant vivant du poids de 3,250 gr. et offrant un diamètre bi-pariétal de 83mm. Vous venez de la voir; elle a perdu son dernier enfant à 2 mois, mais le premier se porte à merveille et est un très bel enfant. L'autre (le n° 42 obs. 809) est celle chez laquelle j'avais en 1892 combiné l'accouchement provoqué et la symphyséotomie, ce qui ne fut point un mariage de raison, car l'enfant mourut de faiblesse congénitale trois jours après sa naissance. Devenue enceinte, je la laissai aller à terme et je pratiquai chez elle une deuxième symphyséotomie, avec un succès complet, car à l'heure actuelle, comme vous avez pu le voir, la mère et l'enfant se portent bien.

Chez ces deux femmes la grossesse, survenant après la symphyséotomie, n'a déterminé aucun trouble ni dans la station, ni dans la marche. Vous venez d'en voir trois autres, symphyséotomisées depuis plus ou moins longtemps et qui sont enceintes. Et chez aucune, la solidité du bassin n'est compromise.

Aussi les accoucheurs qui demandaient et demandent encore

ce que deviennent, au point de vue de la marche, les femmes chez qui on a agrandi le bassin, peuvent être rassurés. Vous venez d'en voir qui sont opérées depuis bientôt trois ans et qui se livrent sans fatigue aux travaux les plus pénibles ; vous en avez vu également qui sont enceintes et qui continuent à vaquer à leurs occupations habituelles; et je vous ai montré celle qui avait été symphyséotomisée deux fois et qui marche et travaille aussi facilement qu'avant ces deux opérations.

Cette question est donc jugée, et la non consolidation de la symphyse, entraînant l'impotence, peut être considérée comme une crainte chimérique, après la symphyséotomie bien faite.

J'arrive enfin à la troisième question : *Que nous a appris notre troisième année d'apprentissage ?*

Je vous ai déjà dit que cette année avait confirmé la simplicité, la sûreté et l'innocuité du manuel opératoire de M. Farabeuf et je n'ai plus à insister sur ce point.

Mais nous avons pratiqué cette année la symphyséotomie dans des conditions particulières. D'abord, au point de vue des présentations, j'ai à noter l'agrandissement momentané du bassin pratiqué pour une présentation du sommet en variété frontale, pour une présentation de la face, pour deux présentations du siège et une présentation de l'épaule qui n'avaient pu être transformées en présentation du sommet pendant la grossesse. Toutes ces interventions ont été suivies d'un plein succès.

De plus, si jusque-là nous avions pratiqué la section du bassin à la dilatation complète, nous avons fait cette année la symphyséotomie dans deux cas au cours de la dilatation, afin de favoriser et de hâter cette dernière. C'est là une nouvelle indication du moment de l'intervention.

Enfin, en pratiquant la symphyséotomie pour la deuxième fois chez la même femme, j'ai pu voir que si l'opération n'est pas plus difficile, il est cependant nécessaire de sectionner

tous les tissus fibreux de nature cicatricielle pour obtenir l'écartement nécessaire.

Messieurs, tel est notre bilan en ce qui concerne la question de l'agrandissement momentané du bassin. Si je l'ajoute aux deux autres fournis par les années 1892 et 1893, je puis alors donner le tableau ci-dessous :

13 agrandissements momentanés du bassin en			1892
14	—	—	1893
22	—	—	1894
Total, 49			

Avec les résultats ci-dessous :

45 femmes guéries,	4 mortes.
44 enfants vivants,	5 morts.

Ce résultat brut ne permet de formuler aucune appréciation juste et raisonnée sur l'agrandissement momentané du bassin. Il est absolument nécessaire d'envisager les conditions dans lesquelles l'opération a été pratiquée, afin de dégager nettement *ce qui appartient à l'opération.*

Pour cela, il est nécessaire, ici comme ailleurs, d'établir les catégories suivantes :

I. — Femmes exclusivement examinées et soignées à la Clinique Baudelocque.

1° *Agrandissement momentané du bassin complet, les enfants étant à terme et bien portants.* — 37 cas ayant donné les résultats ci-dessous :

Femmes guéries, 36	Enfants vivants, 37
— morte, 1	— morts, 0
(d'obstruction intestinale)	

2° *Agrandissement momentané du bassin incomplet, l'enfant étant à terme.* — 1 cas :

1 femme guérie, 1 enfant mort seize heures après sa naissance (13° symphyséotomie) (1).

3° *Agrandissement momentané du bassin complet combiné avec l'accouchement provoqué.* — 4 cas :

Femmes guéries, 4	Enfants vivants, 3
— mortes, 0	— mort, 1, le 2° jour (4° symphyséotomie) (2).

4° *Agrandissement momentané du bassin incomplet combiné avec l'accouchement provoqué :* — 1 cas :

1 femme guérie, 1 enfant mort trois jours après sa naissance (1re symphyséotomie) (3).

5° *Agrandissement momentané du bassin complet, l'enfant étant à terme mais mourant.* — 1 cas :

1 femme guérie, 1 enfant mort (40e symphyséotomie).

Total, 44 cas, donnant :

Femmes guéries, 43	Enfants vivants, 40
— morte, 1	— morts, 4
44	44

(1) *Ann. de Gynécol.*, t. XXXVIII, p. 449.
(2) *Ibid.*, p. 438.
(3) *Ann. de Gynéc.*, t. XXXVIII, p. 433.

II. — **Femmes ayant subi des examens ou des opérations avant leur entrée à la Clinique Baudelocque.** — 5 cas, ayant donné les résultats ci-dessous :

Femmes guéries,	2	Enfants vivants,	4
— mortes,	3 (1)	— mort,	1 (2)

D'aucuns trouveront peut-être que je fais dire à nos chiffres ce que je veux. Je proclame, au contraire, que cette statistique est aussi précise qu'éloquente et fertile en enseignements. Elle nous démontre d'une manière absolue :

1° Que la symphyséotomie incomplète doit être rejetée ;

2° Que la combinaison de l'accouchement provoqué et de la symphyséotomie n'est pas la meilleure de toutes les choses.

Elle démontre surtout, et c'est là ma conclusion finale :

3° *Que l'agrandissement momentané du bassin complet pratiqué chez des femmes saines, les enfants étant à terme et bien portants, n'a causé la mort ni d'une femme ni d'un enfant.*

Vous voyez donc ce que vous avez à faire dans l'avenir.

Messieurs, il reste une question à discuter ou plutôt à étudier.

Cette question est la suivante : Doit-on sectionner le bassin quand, l'enfant étant encore vivant, une femme est déjà infectée ? Ce n'est plus là, je vous le ferai remarquer, une question de thérapeutique des viciations pelviennes.

J'ai pratiqué cinq fois la section du bassin dans ces conditions et vous avez vu que j'ai eu comme résultats 3 femmes mortes, 2 femmes guéries, 4 enfants vivants et 1 mort. Si j'avais pratiqué la basiotripsie, aurais-je sauvé ces trois

---

(1) 20e, 44e et 47e symphyséotomies.

(2) 29e symphyséotomie.

femmes? J'en doute, étant donnés les résultats que j'obtenais dans des cas semblables quand j'avais recours à l'embryotomie.

Vaudrait-il mieux, dans ces cas, pratiquer l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique? C'est ce que l'avenir démontrera; car, je le répète, c'est là une question qui, à mon avis, n'est pas résolue.

Tout ce que je viens de vous exposer ne se rapporte qu'au bilan spécial de l'agrandissement momentané du bassin, mais n'est point notre bilan général qui doit être établi d'après les préceptes que j'ai formulés au début de cette leçon. C'est ce que je vais faire pour terminer.

Je n'ai rencontré dans l'année qu'un seul cas de bassin à étroitesse absolue et j'ai pratiqué à terme l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, avec un succès complet pour la mère et l'enfant.

Si j'ajoute aux 22 symphyséotomies, 6 basiotripsies pratiquées sur des enfants morts et une application du levier préhenseur-mensurateur, vous aurez le total des opérations pratiquées à la Clinique Baudelocque du 7 décembre 1893 au 7 décembre 1894, chez des femmes ayant le bassin vicié.

Ces femmes sont au nombre de 94 et le tableau ci-contre vous rendra compte de la physionomie de tous ces accouchements, de l'état des mères et du poids des enfants.

Le résultat brut est le suivant:

Mères vivantes.	91	Enfants vivants,	86
— mortes,	3	— morts,	8

Comparant ces résultats avec ceux observés en 1891, année pendant laquelle le nombre total des accouchements a été de 1,654 alors que cette année il a été de 2,147, j'ai les deux tableaux ci-dessous.

Année 1891.

1,654 ACCOUCHEMENTS
Bassins viciés, 140.

Accouchements spontanés......	81
Accouchements artificiels.......	59
Comprenant :	
Accouchements provoqués......	33
Forceps au détroit supérieur....	9
Forceps dits dans l'excavation..	12
Version........................	0
Basiotripsies....................	3
Opérations césariennes conserv.	2

Année 1894.

2,147 ACCOUCHEMENTS
Bassins viciés, 94 (1).

Accouchements spontanés......	64
Accouchements artificiels.......	30
Comprenant :	
Accouchements provoqués......	0
Forceps au détroit supérieur....	0
Forceps dits dans l'excavation..	0
Version........................	0
Basiotripsies....................	6
Opérations de Porro...........	1
Symphyséotomies..............	22
Mensurateur-levier-préhenseur...	

Résultats bruts.

Mères mortes. 4 = 2,85 0/0	Mères mortes.. 3 = 3,2 0/0
Enfants morts 31 = 22,1 0/0	Enfants morts. 8 = 8,5 0/0

Si l'on remarque que sur les huit enfants morts, cinq avaient été amenés morts dans notre service, qu'un autre est mort à la suite de fractures du crâne résultant d'applications de forceps faites en ville, nous avons en résumé, sur les quatre-vingt-huit femmes ayant des enfants vivants et bien vivants lors de leur entrée dans le service, quatre-vingt-six ayant eu des enfants vivants. **Nous avons perdu deux enfants dans quatre-vingt-huit rétrécissements du bassin.**

J'attends une statistique donnant des résultats supérieurs à ce que j'ai obtenu, pour modifier ma manière de faire.

En attendant, je poursuivrai avec passion l'étude de cette grande question de la thérapeutique des viciations pelviennes ; et tout en cherchant à réaliser l'idéal de Levret, je ferai tous mes efforts pour faire naître les enfants à terme et avec le minimum de traumatisme possible.

(1) La statistique des bassins viciés en 1894, ne comprend que les bassins ayant moins de 10 centimètres de promonto-pubien minimum, tandis qu'en 1891, elle comprend en plus les bassins à promontoire « accessible ».

N°s D'ORDRE	N°s DU REGISTRE	MOIS	JOUR	A. — *Multipares.*			B. —
				ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	ACCOUCH SPONT
		1893					
1	1808	Déc.	13	1 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 8 h. 40	»	»
2	1840	*Id.*	18	3 accouch ant. Enf. tous nés morts.	»	Symphyséotomie	1
		1894					
3	2	Janv.	1	1 acc. ant. prom. s. p. à 8 mois. Enf. viv.	Trav. : 7 h. 40	»	»
4	11	*Id.*	3	1 accouch. ant. spont., mais long, à terme. Enf. mort 2 h. après.	»	Symphyséotomie	1
5	25	*Id.*	5	1 accouch. provoqué. Enf. m. 3 h. après (cl. Baud. 1506 de 1891).	Trav. : 7 h. 25	»	»
6	28	*Id.*	6	1 acc. sp. à terme. Enf. viv. (401 de 1891)	Trav. : 17 h.	»	1
7	40	*Id.*	8	»	»	»	Trav. :
8	51	*Id.*	10	2 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 22 h.	Nombreuses applications de forceps en ville.	»
8 bis	53	*Id.*	10	5 accouch. ant. Enf. morts.........	Trav. : 28 h.	Symphyséotomie	»
9	118	*Id.*	22	1 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 15 h.	»	»
10	135	*Id.*	25	3 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 7 h. 30	»	»
11	148	*Id.*	26	2 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 12 h. 30	»	»
12	158	*Id.*	29	2 acc. sp. à terme : 1er enf. mort à 10 jours ; 2e enf. mort à 10 mois.	Trav. : 6 h. 30	»	»
13	169	*Id.*	30	2 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 6 h.	»	»
14	170	*Id.*	30	»	»	»	Trav. : 1
15	172	*Id.*	30	1 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 11 h. 30	»	»
16	191	Févr.	3	»	»	»	Trav. :
17	205	*Id.*	5	2 accouch. : 1er forceps ; 2e spontané ; enf. vivants.	Trav. : 14 h.	»	»
18	208	*Id.*	6	»	»	»	Trav.:1
19	236	*Id.*	10	»	»	»	Trav. :9
20	241	*Id.*	11	»	»		Trav.:1
21	252	*Id.*	12	4 acc. 1er, 3e et 4e sp. à terme ; 2e forceps. Enf. : 3 viv. 1 m.	»	Entrée à 11 h. 45 du soir le 12 février. — Procidence du cordon. Enf. mort à 11 h. 30. Basiotripsie à midi le 13	»
22	261	*Id.*	15	2 accouch. spont. avant terme.	Trav. : 7 h. 20	»	»
23	274	*Id.*	18	»	»	»	Trav. : 2

bre 1893 jusqu'au 7 décembre 1894.

C. — *Considérations communes aux deux.*

HK- ts IELS	Viciations pelviennes: Diamètre prom. s. pub.	Viciations pelviennes: Diam. bi-pariétal	Poids de l'enfant: à la naissance	Poids de l'enfant: à la sortie		État à la sortie — De la mère: Bien portante	État à la sortie — De la mère: Morte	État à la sortie — De l'enfant: Vivant	État à la sortie — De l'enfant: Mort	Observations
	10.1 bass.annelé	9-7	2880	3350	22 déc.	»	»	Viv.	»	Femme du dehors.
	Bassin spondylolisthésique	9-3	3020	3150	27 —	»	M. le 5e jr d'obstr. intestinale	Viv.	»	F. entrée au dortoir depuis le 18 novembre
	Bass. canaliculé 11	9-4	3190	3200	3 janv.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	9.9	9-3	3220	3480	6 fév.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir depuis le 6 décembre.
	9.8	9-1	2800	3190	23 janv.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 28 novemlre.
	10.7	9-6	3410	3720	19 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 27 septembre.
	10.3	8-6	2880	3090	17 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 5 janvier.
	Angle accessible	9-1	3300	3540	25 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 27 décembre.
	9.7	9-7	3820	»	»	B.p.	»	»	Mort	F. du dehors.
	10 B. asymétrique	8-2	3250	3200	2 fév.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 7 décembre.
	10	9	2950	3310	5 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	10.4	9-3	2870	3260	5 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	10 bass.annelé	9-1	3310	3410	7 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 23 janvier.
	Angle accessible	9-6	4050	3960	9 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	Id.	9	2300	2570	9 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	Id.	9-6	3870	3325	»	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 30 novembre.
	10.6	8-7	2870	2950	13 fév.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 9 janvier.
	Angle accessible	9-8	3840	4020	14 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 30 janvier.
	Id.	8-5	2990	2960	14 —	B.p.	»	Viv.	»	F. venant du dehors.
omie	10	9	2830	3500	10 mars	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 30 janvier.
	10 bass.annelé	9-5	3570	3850	17 —	B p.	»	Viv.	»	F. venant du dehors.
	10.4 bass.oblique ov.	»	2980	»	»	B.p.	»	Mort	»	F. venant du dehors.
	10.7 bass. canaliculé	9-1	3240	3060	24 fév.	B.p.	»	Viv.	»	F. venant du dehors.
mie	10.4	9	3080	3370	13 mars	B.p.	»	Viv.	»	F. venant du dehors.

Nos D'ORDRE	Nos DU REGISTRE	MOIS	JOUR	A. — *Multipares.*			B. —
				ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	ACCOUCHE- SPONTA
24	276	Fév.	18	1 acc. ant. : Forceps en ville et basiotripsie à la maternité.	8 h. 30	Symphyséotomie.	»
25	280	*Id.*	18	»	»	»	8 h.
26	295	*Id.*	21	»	»	»	29 h
27	301	*Id.*	23	6 accouch. spontanés à terme.......	4 h. 10	»	»
28	334	*Id.*	28	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	37 h.	Femme arrivée avec rupture des membranes et 38°,1. Enf. mort avant la dilatation complète. — Basiotripsie.	»
29	341	Mars	1	»	»	»	14 h
30	343	*Id.*	2	»	»	»	19 h.
31	357	*Id.*	4	»	»	»	27 h.
32	378	*Id.*	8	2 acc. : 1er spont. après 20 h. de trav. enfant vivant : 2e forceps, enfant mort.	3 h. 30	Symphyséotomie.	»
33	413	*Id.*	14	»	»	»	5 h.
34	527	Avril	3	2 accouch. spont. Enf. vivants	17 h.	»	»
35	528	*Id.*	4	»	»	»	21 h.
36	540	*Id.*	6	1 accouch. forceps. Enf. vivant.....	21 h.	»	»
37	574	*Id.*	11	»	»	»	23 h.
38	584	*Id.*	12	»	»	»	22 h.
39	609	*Id.*	17	»	»	»	8 h.
40	620	*Id.*	19	4 accouch. spont. Enf. vivants	»	»	»
41	621	*Id.*	20	»	»	»	7 h.
42	662	*Id.*	26	1 accouch. spont. à terme..........	5 h.	»	»
43	665	*Id.*	27	3 accouch. : 1er forceps 8 m. 1/2 ? Enf. viv.; 2e et 3e spont. à terme. Enf. viv.	12 h.	»	»
44	738	Mai	8	2 acc. à terme terminés par 2 céphalotripsies.	9 h.	Symphyséotomie.	»
45	742	*Id.*	9	3 acc. spont. à terme. Enf. vivants.	4 h. 30	»	»
46	772	*Id.*	15	»	»	»	13 h.

…es.	C. — *Considérations communes aux deux.*									
…ccouchements …tificiels	Viciations pelviennes: Diamètre prom. s. pub.	Viciations pelviennes: Diam. bi-pariétal	Poids de l'enfant: à la naissance	Poids de l'enfant: à la sortie		État à la sortie: De la mère: Bien portte	État à la sortie: De la mère: Morte	État à la sortie: De l'enfant: Vivant	État à la sortie: De l'enfant: Mort	Observations
»	10.1	9-7	3400	3590	14 mars	B.p.	»	Viv.	»	Au dortoir depuis 5 jours.
»	10.5	9-1	3650	3770	27 fév.	B.p.	»	Viv.	»	Au dort. depuis le 13 fév.
…physéotomie pour …été frontale	10.8 scolio-cyphose	10-8	3590	»	»	B.p.	»	»	M. 1 mois après d'accident	F. du dortoir. Syphilis ?
»	10.3	8-8	2820	2750	7 mars	B.p.	»	Viv.	»	Entrée au dort. le 13 janv.
»	Mesure perdue	»	3100 sans substce cérébr.	»	»	B.p.	»	»	Mort	F. arrivée en travail.
»	10.4 angle bas	8-5	3220	3170	10 mars	B.p.	»	Viv.	»	F. venant du dehors.
…physéotomie …dilatation …mme 2 fr.	10.2	9	3380	3370	9 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir, 25 février.
…physéotomie	10	8-7	2920	3980	13 avril	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
»	9.7 angle bas	10-1	3660	4450	10 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	Angle accessible	9	3210	3100	le 15 mars envoyé en nourrice	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	Bas = 11 c avec faux promont. de 10.5	9-7	3130	3320	12 avril	B.p.	»	Viv.	»	Entrée au dort. le 27 mars.
»	10.5	9-1	3050	2910	15 —	B.p.	»	Viv.	»	Entrée au dort. le 9 fév.
»	10.5	9-3	4050	4540	14 —	B.p.	»	Viv.	»	Entrée le 4 ; acc. le 6.
…physéotomie	10.3	9	2870	3160	25 mai	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	9 bass. canaliculé	9-9	3320	4300	26 —	B.p.	»	Viv.	»	Entrée le 23 fév.; acc. le 12 avril.
Id.	10.8	9-3	2950	»	»	B.p.	»	»	Mort	F. du dortoir non surveillée, ayant dissimulé ses douleurs.
»	10	9-7	3560	3750	28 avril	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	10	8-8	2610	2550	28 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.8	9-4	3330	3340	6 mai	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	Angle accessible	9	3050	3230	5 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	9.5	9	3340	3620	3 juin	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 1er mai ; acc. le 8.
»	10.5	9	2840	2870	18 mai	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	10.6	9-5	3430	3800	12 juin	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 5 avril ; acc. 15 mai.

N° d'ordre	N° du registre	Mois	Jour	A. — *Multipares*			B. — *P*
				Accouchements antérieurs	Accouchements spontanés	Accouchements artificiels	Accouchem spontan
47	775	*Mai*	15	»	»	»	12 h. 5
48	796	*Id.*	18	1 acc. à terme : Forceps après 48 h. de trav. Enf. vivant.	14 h. 30	»	»
49	809	*Id.*	19	4 acc. : 1er acc. (embryotomie). 2e acc. provoqué (version). 3e acc. provoqué 8 m. (basiotripsie). 4e acc. prov. (symphyséotomie). Enf. m. le 3e jour.	10 h. 45	IIe Symphyséot.	»
50	818	*Id.*	21	1 acc. 8 mois. Enf. mort et macéré.	12 h. 25	»	»
51	826	*Id.*	23	»	»	»	10 h.
52	843	*Id.*	26	»	»	»	9 h. 4
53	853	*Id.*	27	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	10 h. 35	»	»
54	891	*Juin*	3	1 acc. prémat. spont. à 8 mois. Enf. mort à 15 jours.	(siège) 6 h. 30	»	»
55	901	*Id.*	5	1 accouch. Basiotripsie............	»	Symphyséotomie	»
56	902	*Id.*	5	1 acc. à terme. Forceps. Enf. vivant.	16 h.	Symphyséotomie	»
57	942	*Id.*	13	4 gross. : 1re, avortement. 2e. acc. prov. 8 mois (basiotripsie). 3e. avort. de 3 mois. 4e acc. à terme. Enf. m. (basiotripsie).	»	Amputation utéro ovarique (Porro)	»
58	946	*Id.*	14	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant...	7 h.	»	»
59	954	*Id.*	15	»	»	»	14 h. 4
60	979	*Id.*	20	»	»	»	7 h. 4
61	1039	*Juill.*	1	1 acc. sp. prém. à 8 m. 1/2. Enf. viv.	1 h. 30	»	»
62	1056	*Id.*	3	»	»	»	8 h.
63	1088	*Id.*	8	»	»	»	»
64	1095	*Id.*	11	»	»	»	11 h. 1
65	1107	*Id.*	13	2 acc. spont. à terme. Enf. vivants.	6 h.	»	»
66	1146	*Id.*	20	»	»	»	17 h.
67	1227	*Août*	1	1 accouch. provoqué. Enf. vivants...	6 h.	»	»
68	1238	*Id.*	3	2 acc. spont. 2 forceps. 4 enf. vivants.	16 h.	»	»
69	1260	*Id.*	7	»	»	»	14 h.
70	1281	*Id.*	10	2 acc. 1er spont. à terme. Enf. vivant 2e Forceps. Enf. vivant.	»	Basiotripsie sur enfant mort avant l'entrée de la femme dans le service	»

...s.	C. — *Considérations communes aux deux.*									
...OUCHE-...ENTS ...IFICIELS	VICIATIONS PELVIENNES — Diamètre prom. s. pub.	Diam. bi-pariétal	POIDS DE L'ENFANT — à la naissance	à la sortie		ÉTAT A LA SORTIE — De la mère — Bien portte	Morte	De l'enfant — Vivant		OBSERVATIONS
»	11	9	3100	3270	26 mai	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	Angle accessible	9-7	3050	3200	26 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	9.8	9	2710	3460	16 juin	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée en travail.
»	Angle accessible	8-8	3200	3170	1 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 17 avril ; acc. le 21 mai.
(?)	9.8 bass.annelé	8	2290	2040	1 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 10 mai ; acc. le 23 mai.
»	10.5 bass.annelé	8-5	3150	3260	5 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 9 mai ; acc. le 26 mai.
»	9.9	9-4	3730	3800	5 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	10.6	8-6	2150	2170	13 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.4	9-6	3580	4220	1 juill.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	?	9-8	3590	3350	9 juin	»	Mort	Viv.	»	*Id.*
»	?	10-5	4520	5230	3 juill.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
»	Angle accessible	9	3020	3030	19 juin	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
...ysiotomie	B. asymétrique 10.8	9	3310	3010	25 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
...iège	9.9	9	2590	2530	16 juill.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 24 mai ; acc. le 20 juin.
»	10.5	8-5	2650	2400	9 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	Angle accessible	8-5	2760	2850	17 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
...ysiotomie	10.7	9-3	3820	4201	5 août	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	10.1	7-8	1380	1279	17 juill.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	11	9-5	3820	4190	24 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.5	9	2830	3000	31 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.6	9-6	3500	3020	8 août	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
»	10.5	9-3	3270	3360	13 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	11	9-2	2500	2370	17 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
»	9.7	»	3870 s.substance cérébr.	»	»	B.p.	»	»	Mort	F. du dehors.

N° D'ORDRE	N° DU REGISTRE	MOIS	JOUR	A. — *Multipares.* ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	B. — … ACCOUCHE[MENTS] SPONTA[NÉS]
71	1313	*Id.*	14	1 acc. ant. Basiotripsie à la maternité.	18 h.	»	»
72	1378	*Id.*	26	1 acc. (version). Enf. mort à 9 jours.	11 h.	»	»
73	1426	Sept.	2	4 acc. Les 3 prem. forceps. Enfants morts. Le 4ᵉ, céphalotripsie.	48 h.	»	»
74	1490	*Id.*	14	»	»	»	76 h.
75	1505	*Id.*	15	8 acc. 1ᵉʳ et 2ᵉ céphalotripsie. 3ᵉ acc. prov. Basiotripsie. 4ᵉ (version) enf. m. 5ᵉ, 6ᵉ et 7ᵉ avortement. 8ᵉ enf. mort (basiotripsie).	10 h. 45	Symphyséotomie.	»
76	1514	*Id.*	17	1 acc. à terme spont. Enf. viv. Siège.	14 h.	»	»
77	1572	*Id.*	27	1 acc. spontané à terme. Enf vivant.	3 h. 35	Face	»
78	1592	*Id.*	30	»	»	»	22 h.
79	1599	Oct.	1	»	»	»	13 h.
80	1603	*Id.*	1	1 acc. spontané à terme. Enf. vivant.	9 h. 15	»	»
81	1644	*Id.*	7	»	»	»	4 h. 5
82	1652	*Id.*	8	»	»	»	48 h
83	1653	*Id.*	8	»	»	»	14 h.
84	1673	*Id.*	11	»	»	»	23 h.
85	1677	*Id.*	12	5 acc. spont. à terme. Enf. vivants.	11 h.	»	»
86	1686	*Id.*	13	6 accouch. : 1ᵉʳ acc. artificiel; 2ᵉ prématuré; 4 acc. spont. à terme. 2 enfants vivants.	8 h.	»	»
87	1695	*Id.*	14	1 acc. spontané à terme. Enf. vivant.	5 h. 50	»	»
88	1720	*Id.*	19	»	»	»	8 h.
89	1807	Nov.	2	1 avortement de 6 mois............	3 h. 15	»	»
90	1827	*Id.*	5	4 acc. : 1ᵉʳ acc. spont. à terme. 2ᵉ, 3ᵉ et 4ᵉ forceps.	18 h. 30	Grossesse gémellaire.	18 h.
91	1830	*Id.*	6	3 acc. : 1ᵉʳ embryotomie. 2ᵉ acc. sp. à terme. 3ᵉ mort pendant le travail.	»	»	»
92	1842	*Id.*	7	1 acc. ant. Enf. né vivant..........	24 h. 30	Basiotripsie sur enfant dont on ne perçoit plus les bruits du cœur.	»
93	1899	*Id.*	19	1 acc. spontané à terme. Enf. vivant.	6 h.	»	»

C.— *Considérations communes aux deux.*

…ouchements …ificiels	Viciations pelviennes		Poids de l'enfant			État à la sortie				Observations
	Diamètre prom. s. pub.	Diam. bi-pariétal	à la naissance	à la sortie		De la mère		De l'enfant.		
						Bien portte	Morte	Vivant	Mort	
»	9.8	9-7	3050	3050	31 août	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	9.5	9-3	4020	3630	8 sept.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	9.1	8-1	2600	2590	12 —	B.p.	»	Viv.	»	F. au dortoir depuis le 23 août.
…séotomie	10.3	9-2	3170	3330	1 oct.	»	Morte	Viv.	»	F. du dehors.
»	»	8-6	2230	2730	15 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	Angle accessible	9-5	3350	3120	20 sept.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10	9-5	3180	3120	6 oct.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
…sie sur enft …ant son en- …s le serv.ce du cordon.	Angle accessible	»	2600	»	»	B.p.	»	»	Mort	*Id.*
»	9.8	8-7	2600	2730	9 oct.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.4	10	3890	4280	14 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.5	8-6	3300	3240	9 nov.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.5	8-5	2800	2920	19 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	10.4	9-1	2700	2750	18 oct.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dort. dep. le 20 sept.
»	11	8-7	2730	3080	21 —	B.p.	»	Viv.	»	Au dortoir le 5 septembre.
»	10.3	8-9	2840	3100	21 —	B.p.	»	Viv.	»	Au dortoir du 17 sept.
»	10.2	8-6	3550	3660	21 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	10.5	9-8	3640	3700	24 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
…omplété …s fesses)	10.7	8-6	2590	2600	30 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 13 octobre.
»	10.8	9-2	3610 2 jum.	3720	13 nov.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 22 octobre.
…préhen- …surateur	10.7	9-1	3230	3250	14 nov.	B p.	»	Viv.	»	Au dortoir le 1er novemb.
…ie sur tête …tronc pen- …e les jam- …mère, 6 h. …on entrée …rvice.	?	»	3400	»	»	B.p.	»	»	Mort	F. du dehors.
»	10.1	»	2850 s. substance cérébr.	»	»	B.p.	»	»	Mort	Au dortoir du 7 novemb.
»	10.4	8-7	2470	»	»	»	»	»	»	F. du dehors.